

مطالعه و مقایسه نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی و نشخوارخشم در زنان مبتلا به فشار خون و زنان سالم

* سمیرا رحمانی جوانمرد^۱، محمدحسین خانی^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۲. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی

(تاریخ وصول: ۹۵/۰۶/۳۱ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۵/۰۷)

A study and comparison of Alexithymia, Distress tolerance, and Anger rumination among Women with Hypertension and Normal Women

* Samira Rahmani Javanmard¹, Mohammad Hossein Khani²

1. PhD Student in Psychology, Shahid Chamran University, 2. M.A. in Educational Psychology, Allameh Tabataba'i University

(Received: Sept. 21, 2016 - Accepted: Jul. 29, 2017)

Abstract

چکیده

Introduction: the present study aimed to compare Alexithymia, Distress tolerance, and Anger rumination among patients with Hypertension and normal people. **Method:** The research design is causal-comparative or ex post facto which is a descriptive ° analytic method. The population is all patients with hypertension from the health care centers and hospitals of Aleshtar, Lorestan. The total numbers of the participants is 40 clients which we select them by at hand sampling method. We compare these clients with 40 normal people. Data were analyzed using multivariate analysis of variance. **Results:** Results indicated that there is a significant difference between patients with Hypertension and normal people in terms of their total scores in alexithymia, distress tolerance, and anger rumination **Conclusion:** we need to consider these psychological factors in treatment programs.

Keywords: Alexithymia, Distress tolerance, Anger rumination, Hypertension.

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر مطالعه و مقایسه نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی و نشخوارخشم در زنان مبتلا به فشار خون و زنان سالم می‌باشد. **روش:** روش پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی بیماران زن مبتلا به فشارخون مراجعه‌کننده به کلینک‌ها و مراکز درمانی شهر الشتر بودند. از این جامعه، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با ۴۰ نفر از زنان سالم مورد مقایسه قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از مقیاس‌های نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی و نشخوارخشم استفاده شد و داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی و نشخوارخشم در زنان مبتلا به فشارخون و زنان سالم تفاوت معناداری وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که عوامل روان‌شناختی بر نشانه‌های بیماری فشارخون و کنترل آن تاثیر می‌گذارند. بنابراین در تدوین برنامه‌های درمانی توجه به این خصوصیات ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی، نشخوارخشم، فشارخون.

مقدمه

بیماری فشار خون یکی از شایع‌ترین مشکلات بهداشتی مزمن است (نازول، نازول، موندال و راکي، ۲۰۱۳) که شایع، بدون علامت و اغلب غیرقابل تشخیص بوده و در صورت عدم درمان منجر به عوارض کشنده‌ای مانند بیماری‌های قلبی-عروقی، انفارکتوس میوکارد، نارسایی احتقانی قلب و نارسایی کلیوی (مسون و همکاران، ۲۰۰۴) می‌شود و می‌تواند بر سلامت روان و رضایت از زندگی بیماران مبتلا نیز تاثیر نامطلوبی داشته باشد (موجن-آزی و سوزا-پوزا، ۲۰۱۱). مطالعات نشان می‌دهد که یک میلیارد نفر در جهان به این بیماری دچار هستند و سالیانه ۷/۱ میلیون نفر بر اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند (ارم، ۲۰۰۸). همچنین پیش‌بینی می‌شود رقم مبتلایان به این مشکل ۱/۵۶ میلیارد نفر تا سال ۲۰۲۵ افزایش پیدا کند (جافرز و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران پژوهش‌های صورت گرفته در حیطه فشار خون حاکی از آماري نگران‌کننده است به عنوان مثال صادقي (۱۳۸۲) در مطالعه‌ای در شهر شیراز نشان داد که شیوع پرفشاری خون در افراد بالای ۶۰ سال ۰/۶۶ می‌باشد. پژوهش‌ها طیفی از علل را برای این بیماری شناسایی کرده‌اند که در این میان توجه به ویژگی‌های شخصیتی و وجود همزمان مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به فشار خون که معمولاً به عنوان عوارض یا اختلالات توأم با این بیماری ظاهر می‌گردند و در ایجاد و گسترش آن نقش دارند، حائز اهمیت است (بارک و همکاران، ۱۹۹۸).

یکی از متغیرهایی که بنظر می‌رسد در مبتلایان به فشار خون و افراد عادی متفاوت است، نارسایی هیجانی است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که صفت شخصیتی

نارسایی هیجانی به منزله یک عامل خطر بلندمدت برای عدم تعادل در سیستم عصبی خودکار و اعصاب و غدد است (گراب و همکاران، ۲۰۱۰) و منجر به جلوگیری از تنظیم موفقیت‌آمیز هیجان‌ات منفی و در نتیجه افزایش هیجان‌ات منفی و تضعیف سیستم ایمنی می‌شود که ممکن است به ایجاد و تشدید بیماری‌های جسمی کمک کند (بیاردینی، آبا، بلوری، ویلموز و بریدو، ۲۰۱۱). نارسایی هیجانی به دشواری در خود تنظیم‌گری هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود (تایلور، ۲۰۰۰) که با نقص پردازش در سطح ادراکی همراه است (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۱۲). هسته اصلی این اختلال در ناتوانی تمایز قائل شدن در بین احساسات و محدودیت شدید در بیان و توصیف آن‌ها است و رابطه مثبتی با مشکلات سلامت روان دارد (دبی و پاندی، ۲۰۱۳). در زمینه تاثیر و نقش نارسایی هیجانی بر بیماری‌ها می‌توان گفت که نارسایی هیجانی بر افکار، عواطف و نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با بیماری و نقش بیمار تاثیر می‌گذارد (لاملی و همکاران، ۲۰۰۷) و افراد دارای نارسایی هیجانی کارکرد جسمی و اجتماعی کمتر، مشکلات هیجانی بیشتر و بهزیستی هیجانی کمتری نسبت به افراد سالم دارند (سالمینن، ساریجاووی و تویکا، ۲۰۰۲). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که بیماران دارای نارسایی هیجانی در شناسایی نشانگان جسمی و هیجانی‌شان مشکل دارند که این امر با تاخیر یا استفاده بیش از حد از حمایت‌های پزشکی و با پیش‌آگهی ضعیف مرتبط است. این افراد به دلیل مشکلاتی که در برقراری ارتباط با هیجان‌ات درونی خود و درک ضعیف از احساسات دیگران دارند نمی‌توانند روابط نزدیکی با

دیگران داشته و آن را حفظ کنند و به طور مناسب از حمایت‌های اجتماعی به منظور محافظت از خود در برابر تاثیرات بالقوه از وقایع استرس‌آمیز استفاده کنند (کوجیما، سندا، ناگایا، توکودم و فورکاو، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش ائورن و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که بین نارسایی هیجانی و مکانیزم‌های دفاعی ناسازگارانه ارتباط قوی وجود دارد و همچنین نارسایی هیجانی یک مکانیزم مقابله‌ای برای محافظت از خود علیه درماندگی هیجانی مرتبط با موقعیت‌های شدید آسیب‌زا است (بشارت، ۱۳۸۷). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بین نارسایی هیجانی و فشارخون رابطه وجود دارد (جولا، سالمین و ساریجاروی، ۱۹۹۹؛ گراب و همکاران، ۲۰۱۰؛ ماریا و چوومکا، ۲۰۱۵) و ۰/۵۵ از افراد مبتلا به فشارخون دارای نشانه‌های نارسایی هیجانی هستند (تودارلو، تایلر، پارکر و فانلی، ۱۹۹۵). بین نارسایی هیجانی و اختلالات روانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (زکی، کرمی، علیخانی، قاسمی و رجبی، ۲۰۱۳) و نارسایی هیجانی بالا با استقلال فردی پایین‌تر و وابستگی متقابل افزایش یافته همراه است (کونراث، گرینبرگ، کورنیل، هامینگ و لومینت، ۲۰۱۱). همچنین افرادی که نارسایی هیجانی دارند از تاب‌آوری پایینی برخوردارند (فاسی، حسن زاده و محمودی، ۲۰۱۳). در مجموع می‌توان گفت از آنجایی که افراد مبتلا به فشارخون در مقایسه با افراد سالم دارای کارکرد جسمی و اجتماعی کمتر، مشکلات هیجانی بیشتر و بهزیستی هیجانی هستند (سالمین، ساریجاووی و تویکا، ۲۰۰۲) بنظر می‌رسد که بیماران مبتلا به فشارخون و افراد عادی در سازه نارسایی هیجانی دچار تفاوت می‌باشند

تحمل آشفتگی از دیگر متغیرهایی است که بنظر می‌رسد در مبتلایان به فشارخون و افراد عادی متفاوت باشد. تحمل آشفتگی به توانایی تجربه و تحمل موقعیت‌های روان‌شناختی منفی اطلاق می‌گردد. آشفتگی ممکن است ماحصل فرآیندهای فیزیکی و شناختی باشد، لیکن بازنمایی آن به صورت حالت هیجانی است که اغلب با تمایل به عمل جهت‌رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌گردد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). لیرو، زولنسکی و برستین (۲۰۱۰) معتقدند که تحمل آشفتگی یک ساختار روانی مرتبط با توانایی ادراک شده افراد در تجربه و مقاومت در برابر حالت‌های عاطفی منفی است و با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی رابطه مثبتی دارد (سابورین، ۲۰۱۳). افراد با تحمل آشفتگی پایین نسبت به تجربه پریشانی بسیار حساس هستند و این حساسیت منجر به واکنش‌های ناسازگارانه به موقعیت‌های ناراحت‌کننده می‌شود (هاوکینز، مکیت، گوتری و کوگل، ۲۰۱۳) و تلاش می‌کنند تا مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا را به حداقل برسانند و اغلب در رفتارهای اجتنابی درگیر می‌شوند (مگ‌هوک و اوتو، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش براندت، زولنسکی و بونن-میلر (۲۰۱۳) نشان داد که رابطه معناداری بین تحمل ابهام پایین با نشانگان اضطراب و افسردگی در بیماران HIV مثبت وجود دارد. همچنین تحمل آشفتگی پایین منجر به اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه مانند صدمه به خود می‌شود (نوک و میندز، ۲۰۰۸) و با مشکلات خشم (هاوکینز و همکاران، ۲۰۱۳) همراه است. در واقع افراد با تحمل آشفتگی پایین ممکن است با عصبانیت به تجربیات استرس‌زای زندگی، هیجان‌ات منفی مانند غمگینی یا اضطراب پاسخ بدهند. همچنین این افراد

رویکرد منفعلی را در موقعیت‌های بین‌فردی به منظور اجتناب از تجربه هیجانات منفی و عدم توافق‌ها اتخاذ می‌کنند و در درازمدت این امر ممکن است از پاسخ‌های انطباقی به موقعیت‌های خشم‌برانگیز جلوگیری کند و منجر به سطوح بالاتری از تجربیات خشم می‌شود (هاوکینز و همکاران، ۲۰۱۳). در مجموع می‌توان گفت از آنجایی که افراد مبتلا به فشارخون به تجربیات استرس‌زای زندگی با هیجانات منفی مانند غمگینی و اضطراب پاسخ می‌دهند و در موقعیت‌های بین‌فردی رویکردی منفعلانه اتخاذ می‌کنند بنظر می‌رسد که این افراد در مقایسه با افراد سالم در سازه تحمل آشفتگی متفاوت هستند (هاوکینز و همکاران، ۲۰۱۳).

از دیگر متغیرهایی که بنظر می‌رسد در مبتلایان به فشارخون و افراد عادی متفاوت است نشخوارخشم می‌باشد. خشم در ایجاد و پیشرفت فشارخون بسیار مؤثر است (هاربارگ، گلیرمن، راسل و کوپر، ۱۹۹۱) نشخوارخشم به عنوان یکی از سبک‌های نشخوار، به صورت فرآیندهای شناختی غیرعمدی و بازگشتی (تکرار شونده) تعریف می‌شود که بعد از یک دوره تجربه خشم پدیدار می‌گردد و ادامه می‌یابد. به طور کلی اگر خشم به عنوان یک هیجان نگریسته شود، نشخوارخشم می‌تواند به عنوان تفکر در مورد این هیجان تعریف شود و پدیدارشناسی نشخوارخشم، تجربه دوباره و خود به خود لحظات خشم و خیال‌پردازی‌های مربوط به انتقام را دربرمی‌گیرد (سوکودولسکی، گولب و گرامول، ۲۰۰۱). جلین و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که پاسخ‌های قلبی-عروقی طولانی‌مدت و اغراق‌آمیز به استرس‌های روانی در سبب‌شناسی فشارخون دخیل

هستند و نشخوارخشم نقش بسیار مهمی در حفظ و یا فعال‌سازی پاسخ قلبی-عروقی به استرس روانی دارد و منجر به افزایش مداوم فشارخون می‌شود. در واقع میزان بالای نشخوار به احتمال بیشتری منجر به فعال‌سازی فیزیولوژیکی می‌شود و در نتیجه افزایش نشخوار مداوم منجر به فشارخون بالا می‌شود (گرین و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین کلسا لئون و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که نشخوارخشم منجر به فعال‌سازی فیزیولوژیکی و بیماری‌های قلبی-عروقی می‌شود. باسما (۲۰۰۲) نیز در پژوهشی نشان داد که نشخوارخشم غالباً با عاطفه منفی مرتبط است و موجب ناراحتی و افسردگی می‌شود و پرخاشگری را افزایش می‌دهد. بیمارانی که تمایل به نشخوارخشم در مورد تجاربشان گزارش می‌کنند، حمایت اجتماعی کمتر و نشانه‌های قلبی بیشتری را نسبت به کسانی که نشخوارخشم کمتری را دارند، گزارش می‌کنند (کلسا لئون، ۲۰۱۰). همچنین افزایش نشخوارخشم با سطوح بالاتر آشفتگی روان‌شناختی در ارتباط است (بشارت و پوربهلول، ۲۰۱۱)، منجر به تضعیف مکانیزم‌های خود-کنترلی می‌شود (دنسون، ۲۰۰۸) با افکار منفی همراه (واتکینز، ۲۰۰۴) و کاهش بهزیستی روان‌شناختی را به دنبال دارند (بشارت و محمدمهر، ۱۳۸۸).

اگرچه این مطلب پذیرفته شده است که عوامل فیزیولوژیکی و روانشناختی بسیاری در ایجاد فشارخون مؤثر هستند با این وجود مکانیسم ایجاد فشارخون همچنان در هاله‌ای از ابهام قرار دارد (شورتز و همکاران، ۲۰۰۳). عوامل روانشناختی بسیاری می‌توانند منجر به افزایش فشارخون شوند با این وجود

آنچنان که الکساندر^۱ خاطر نشان می سازد شناسایی این عوامل نیازمند پژوهش است. در واقع با توجه به این که فشارخون بالا به علت کاستی‌هایی که در توانایی‌های فرد ایجاد می‌کند و بهزیستی روان‌شناختی بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد و منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود، شناسایی عوامل روان‌شناختی که متفاوت با افراد سالم است بسیار حائز اهمیت است. از این رو هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی و نشخوارخشم در زنان مبتلا به فشار خون و زنان سالم شهرستان الشتر می‌باشد.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی - تحلیلی از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمامی بیماران زن مبتلا به فشار خون بود که در کلینک‌ها و مراکز درمانی شهر الشتر به عنوان افراد مبتلا به فشار خون تشخیص داده شده بودند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از زنان مبتلا به فشار خون بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با ۴۰ نفر از زنان سالم از نظر سن، وزن، شرایط تاهل، تحصیلات، شرایط خانوادگی، شرایط اجتماعی، اقتصادی و محل سکونت هم‌تاسازی شدند.

۱) مقیاس نارسایی هیجانی (TAS-20): مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو که توسط بگبی، پارکر و تایلور (۱۹۹۴) ساخته شده، یک مقیاس خودسنجی و ۲۰ سوالی است که برای ارزیابی نارسایی هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای سه بعد دشواری در شناسایی احساسات (۷ سوال)،

دشواری در توصیف احساسات (۵ سوال) و تمرکز بر تجارب بیرونی (۸ سوال) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری مقیاس لیکرتی از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) می‌باشد و سوالات ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات ۶۰ به بالا به عنوان دارای نارسایی هیجانی بالا و نمرات ۵۲ به پایین به عنوان نارسایی هیجانی پایین (بدون نارسایی هیجانی) در نظر گرفته می‌شوند (مولر، آلپرز و ریم، ۲۰۱۰). در پژوهش عیسی‌زادگان، سیخی و بشرپور (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ این مقیاس برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۰، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۶ و برای تمرکز بر تجارب بیرونی ۰/۵۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۴ به دست آمد. روایی همزمان مقیاس نارسایی هیجانی برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های هوش هیجانی ($P < ۰/۰۰۱$ ، $r = ۰/۸۰$ ، $r^2 = ۰/۷۸$ ، $P < ۰/۰۰۱$)، بهزیستی روان‌شناختی ($r = ۰/۴۴$ ، $P < ۰/۰۰۱$) و درماندگی روان‌شناختی ($r = ۰/۴۴$ ، $P < ۰/۰۰۱$) در بررسی و مورد تایید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۷). در پژوهش فوگلی، وارمن و لیساکر (۲۰۱۴) ثبات درونی این مقیاس ۰/۷۵ گزارش شد. همچنین روایی همگرا و افتراقی مقیاس مذکور از طریق همبستگی با مقیاس‌های پرسشنامه نئو در نمونه‌های دانشجویی مورد تایید قرار گرفته است (بگبی، تایلور و پارکر، ۱۹۹۴). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس مذکور با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

۲) مقیاس تحمل آشفتگی: مقیاس تحمل آشفتگی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) یک مقیاس ۱۵ گزینه‌ای است که آیت‌های آن، تحمل آشفتگی را براساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجان‌ات منفی در صورت

1.Alexander

وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین آشفتگی، مورد سنجش قرار می‌دهند. آیتم‌های این مقیاس براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی (۱ کاملاً موافقم و ۵ کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش هاوکینز و همکاران (۲۰۱۳) همسانی درونی مقیاس مذکور ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین اعتبار ملاکی مقیاس مذکور از طریق همبستگی منفی با راهبردهای مقابله‌ای با مصرف مواد بررسی و مورد تایید قرار گرفته است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). عزیزی در پژوهشی (۲۰۱۰) میزان آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۵ گزارش کرده است. همچنین اعتبار مقیاس تحمل آشفتگی از طریق همبستگی با هیجانان مثبت، هیجانان منفی و تمایل به سیگار کشیدن به ترتیب ۰/۵۴، ۰/۲۲- و ۰/۶۵- گزارش شده که همگی در سطح ($p=0/05$) معنادار می‌باشند (عزیزی، ۲۰۱۰). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس مذکور ۰/۷۶ به دست آمد.

۳) مقیاس نشخوار خشم: این مقیاس یک آزمون ۱۹ سوالی است که توسط ساکودالسکی و همکاران (۲۰۰۱) برای سنجش تمایل به تفکر در مورد موقعیت خشم‌انگیز فعلی و یادآوری تجربه‌های خشم‌انگیز گذشته ساخته شده است. سؤال‌های آزمون چهار زیرمقیاس نشخوار خشم شامل پس‌فکرهای خشم، افکار تلافی‌جویانه، خاطرات خشم و شناخت علت‌ها را در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت از نمره یک (خیلی کم) تا نمره چهار (خیلی زیاد) می‌سنجد. نمره‌گذاری آزمون به صورتی است که نمره بیشتر بیانگر نشخوار خشم بیشتر است. از محاسبه مجموعه نمره‌های سؤالات چهار زیر مقیاس، نمره نشخوار

خشم کلی به دست می‌آید. ساکودالسکی و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهشی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پس‌فکرهای خشم ۰/۸۶، افکار تلافی‌جویانه ۰/۷۲، خاطرات خشم ۰/۸۵ و شناخت علت‌ها ۰/۷۷ و برای کل مقیاس ۰/۹۳ را محاسبه کردند. همچنین اعتبار همگرا و افتراقی مقیاس مذکور از طریق همبستگی با مقیاس‌های رضایت از زندگی ($r=0/38$) و عاطفه منفی ($r=0/54$) بررسی و مورد تایید قرار گرفته است (ساکودالسکی و همکاران، ۲۰۰۱). بشارت و پوربهلول (۲۰۱۲) آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پس‌فکرهای خشم، افکار تلافی‌جویانه، خاطرات خشم و شناخت علت‌ها به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۶، ۰/۹۷ و برای کل مقیاس ۰/۹۷ به دست آوردند. در پژوهش بشارت و محمد مهر (۱۳۸۸) اعتبار همگرا و افتراقی مقیاس نشخوار خشم با مقیاس خشم چند بعدی تهران و مقیاس سلامت روان معنادار گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس مذکور با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

جهت اجرای پژوهش و گردآوری داده‌ها، نخست با مسئولان مربوطه هماهنگی لازم صورت گرفت. سپس در هنگام اجرا با جلب اعتماد و همکاری، از آنها خواسته شد که به سؤالات با دقت پاسخ داده و به آنها اطمینان داده شد که نتایج محفوظ خواهد بود و اطلاعات آنها فقط در کار پژوهشی استفاده می‌شود. پس از رعایت ملاکهای ورود با ارائه راهنمایی‌های لازم، پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت. سرانجام داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی و نشخوار خشم در بین زنان مبتلا به فشار خون و زنان سالم ارائه شده است.

یکی از پیش شرط‌های تحلیل واریانس چند متغیره برابری واریانس‌های خطاست. به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس خطا، از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آزمون لوین نشانگر برابری واریانس‌ها بوده است.

جدول شماره ۱. آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد پژوهش در بین زنان مبتلا به فشار خون و زنان سالم

افراد سالم		افراد مبتلا به فشارخون		متغیر وابسته
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۴/۷۴	۲۰/۶۰	۶/۳۱	۲۴/۴۷	دشواری در شناسایی احساسات
۳/۷۱	۱۵/۶۲	۴/۵۴	۱۶/۸۵	دشواری در توصیف احساسات
۳/۳۶	۲۳/۷۲	۳/۵۵	۲۶/۰۵	تفکر معطوف به بیرون
۸/۸۶	۵۹/۹۵	۱۱/۱۲	۶۷/۳۷	نمره کل نارسایی هیجانی
۲/۹۷	۱۱/۱۲	۲/۹۹	۹/۷۷	تحمل
۱/۹۶	۸/۲۷	۱/۹۵	۷/۹۲	جذب
۲/۵۹	۱۳/۶۵	۲/۸۸	۱۲/۶۰	ارزیابی
۲/۳۳	۷/۷۵	۱/۹۶	۶/۳۰	تنظیم
۷/۳۵	۴۰/۸۰	۷/۶۷	۳۶/۶۰	نمره کل تحمل آشفتگی
۲/۱۹	۱۳/۱۲	۲/۹۹	۱۵/۱۰	پس فکر خشم
۱/۶۹	۹/۵۷	۲/۳۸	۹/۴۷	افکار تلافی جویانه
۲/۱۹	۱۲/۸۲	۲/۸۶	۱۳/۷۲	خاطرات خشم
۱/۹۴	۹/۵۰	۲/۳۷	۱۰/۸۲	شناخت علت‌ها
۵/۵۷	۴۵/۰۲	۸/۴۰	۴۹/۱۲	نمره کل نشخوارخشم

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات گروه افراد مبتلا به فشار خون و گروه سالم در متغیرهای نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی و نشخوارخشم معنادار می‌باشد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای مورد بررسی معنی‌دار است. بر این اساس می‌توان بیان داشت که در گروه‌های مورد پژوهش حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد.

سمیرا رحمانی جوانمرد و محمد حسین خانی: مطالعه و مقایسه نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی و نشخوارخشم در زنان مبتلا...

همچنین مجذور انا نشان می دهد ۳۶ درصد واریانس مربوط ترکیب خطی متغیرهای وابسته از طریق تفاوت های گروهی قابل تبیین است.

در مجموع می توان گفت که افراد مبتلا به فشار خون نارسایی هیجانی بیشتر، تحمل آشفتگی کمتر و نشخوار خشم بیشتری در مقایسه با همتایان سالم خود دارند که این تفاوت به لحاظ آماری معنادار می باشد.

جدول شماره ۲. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمرات متغیرهای نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی و نشخوار خشم در بین زنان مبتلا به فشار خون و زنان سالم

شاخص	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P	مجذور انا
اثر پیلابی	۰/۲۸۶	۱۰/۱۳۷	۳	۷۶/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۸۶
لامبدای ویلکز	۰/۷۱۴	۱۰/۱۳۷	۳	۷۶/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۸۶
تی هوتلینگ	۰/۴۰۰	۱۰/۱۳۷	۳	۷۶/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۸۶
بزرگترین ریشه ری	۰/۴۰۰	۱۰/۱۳۷	۳	۷۶/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۸۶

جدول شماره ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری بر روی متغیرهای نمرات متغیرهای نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی و نشخوار خشم در بین زنان مبتلا به فشار خون و زنان سالم

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	P	ضریب انا
نارسایی هیجانی	۱۱۰۲/۶۱۳	۱	۱۱۰۲/۶۱۳	۱۰/۸۹۶	۰/۰۰۱	۰/۱۲۳
تحمل آشفتگی	۳۵۲/۸۰۰	۱	۳۵۲/۸۰۰	۶/۲۴۳	۰/۰۱۵	۰/۰۷۴
نشخوار خشم	۳۳۶/۲۰۰	۱	۳۳۶/۲۰۰	۶/۶۱۳	۰/۰۱۲	۰/۰۷۸

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی و نشخوارخشم در بین زنان مبتلا به فشار خون و زنان سالم بود. نتایج نشان داد که زنان مبتلا به فشارخون در مقایسه با زنان سالم میزان بالایی از نارسایی هیجانی را نشان می‌دهند. در این راستا آنچه‌آنچنان که نظریه‌های روانشناختی (کریستال، ۱۹۸۸) ابراز می‌دارند نقض‌های افراد مبتلا به فشار خون در تنظیم هیجان‌ها و فرایندهای شناختی آن‌ها را بیشتر مستعد نارسایی هیجانی می‌سازد در حالی که افراد سالم با هشپاری از هیجان‌هایشان و کنار آمدن با آنها خود از استرس مداوم به دور می‌سازند. این یافته همخوان با نتایج پژوهش‌های تودارلو و همکاران (۱۹۹۵)؛ جول و همکاران (۱۹۹۹)؛ گراب و همکاران (۲۰۱۰) و ماریا و چوومکا (۲۰۱۵) می‌باشد. نارسایی هیجانی یک اختلال تنظیم عاطفه است که به طور گسترده با مشکلات مختلف سلامت جسمی و روانی همراه است (کوجیما، ۲۰۱۲).

می‌توان گفت که نارسایی هیجانی نه تنها به عنوان یک صفت شخصیتی مطرح است بلکه ممکن است به عنوان یک پیامد یا واکنش ثانویه در پاسخ به بیماری‌های پزشکی مزمنو شدید مانند فشار خون بالا باشد (باچ و باچ، ۱۹۹۶). در واقع نارسایی هیجانی ممکن است نتیجه و پیامد اثرات نشانه‌های جسمی شدیدمانند کاهش کیفیت زندگی و محدودیت در فعالیت‌های روزانه باشد (سلیکل و ساتسگل، ۲۰۰۶) که به بیماری‌های جسمی، استراتژی‌های ناسازگارانه و رفتارهای ناسالم و شکست در تنظیم عواطف منجر می‌شود و افراد را در رفتارهایی که برای سلامتی مخاطره‌آمیز هستند، درگیر می‌کند و به عنوان

یک عامل خطر برای مرگ شناخته شده است (بیاردنی و همکاران، ۲۰۱۱). در واقع بیماران با مشکلات شناختی در پردازش و شناسایی عواطف و هیجانات بیشتر مستعد تجربه بالاتر شدت درد هستند و حساسیت به درد بیشتری را توصیف می‌کنند (پورسلی و همکاران، ۲۰۰۷، تولی پانی و همکاران، ۲۰۱۰).

تصور می‌شود که نارسایی هیجانی مانع از تنظیم موفقیت‌آمیز هیجانات منفی می‌شود و در نتیجه عاطفه‌ی منفی، برانگیختگی سمپاتیک را افزایش می‌دهد و منجر به اختلال در سیستم ایمنی می‌شود و در ایجاد و تشدید بیماری‌های جسمی نقش دارد (بیاردنی و همکاران، ۲۰۱۱). به طور کلی نارسایی هیجانی به منزله یک عامل خطر نه تنها برای مشکلات رفتاری و روانپزشکی است بلکه همچنین برای ایجاد، حفظ و تشدید مشکلات سلامت جسمی و پزشکی مطرح می‌باشد (تاپلور و همکاران، ۱۹۹۷). با توجه به ارتباط بین نارسایی هیجانی و اضطراب و افسردگی، تصور می‌شود که نارسایی هیجانی منجر به تجربه اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به فشار خون و نهایتاً تشدید بیماری‌شان شود. پر واضح است که این عامل نقش بسزایی در افزایش فشار خون دارد.

همچنین بین میانگین نمرات زنان مبتلا به فشارخون در تحمل آشفتگی با میانگین نمرات زنان سالم تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که زنان مبتلا به فشار خون از تحمل آشفتگی پایینی برخوردارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد با تحمل آشفتگی پایین خودشان را به عنوان کسی که در تحمل هیجانات منفی ناتوان هستند درک می‌کنند و اغلب تلاش‌های زیادی برای اجتناب یا تسکین

(هاوکینز و همکاران، ۲۰۱۳). همپوشانی مفهومی بین تحمل آشفتگی و ناامیدی نشان می‌دهد که تحمل آشفتگی پایین خیلی بیشتر از ناامیدی منجر به تجربه خشم می‌شود. تمایل بالا به نشخوار خشم با افزایش تجربه و ابراز خشم و کاهش رضایت از زندگی در موقعیت‌های آینده همراه است (سادولوسکی و همکاران، ۲۰۰۱).

در مجموع می‌توان گفت که افراد مبتلا به فشار خون از فرایندهای شناختی و هیجانی بی‌استفاده می‌کنند که آنها را برانگیخته نگه می‌دارد و این برانگیختگی تنها در زمانی که رویداد استرس زا وجود دارد نبوده و در اکثر مواقع ذهن بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد این عوامل منجر می‌شود که فرد فشار خونی بالاتر از حد نرمال تجربه کند این یافته با نتایج پژوهش‌های گلدستون و شاپیرو (۲۰۰۷)، استیل و همکاران (۱۹۹۷)، اسپیلبرگر و همکاران (۱۹۹۹) و همخوان می‌باشد.

در مجموع، با توجه به اینکه بیماری فشارخون سهم عمده‌ای در مرگ و میر و ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی دارد، آموزش راهبردهای لازم برای شناخت و بیان هیجانات، افزایش تحمل آشفتگی و کاهش نشخوارخشم احتمالاً می‌تواند جهت کاهش، تعدیل و کنترل پیامدهای روان‌شناختی بیماران مفید واقع شود. این پژوهش درباره زنان مبتلا به فشار خون شهر الشتر انجام شده است که به همین دلیل قابلیت تعمیم نتایج آن محدود می‌باشد.

عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی به علت عدم شناسایی تمام بیماران مبتلا به فشار خون از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌باشد. پیشنهاد

فوری تجربه عواطف منفی می‌کنند (مک‌هاج، رینولدز، لیرو و اوتو، ۲۰۱۳). این افراد به تجربیات استرس‌زای زندگی‌شان به طور خشمگینانه واکنش نشان می‌دهند و هیجانات منفی مانند غمگینی و اضطراب را نشان می‌دهند (هاوکینز و همکاران، ۲۰۱۳) و در نهایت هیجانات منفی بر سیستم ایمنی این افراد تاثیری منفی می‌گذارد و منجر به تشدید فشار خون آنان می‌گردد.

همچنین تحمل آشفتگی پایین با نگرانی و حساسیت اضطرابی بیشتری نسبت به رویدادهای زندگی همراه است و منجر به واکنش بیشتری به سطوح پایین استرس در بیماران مبتلا به فشار خون می‌شود. و در نهایت باعث می‌شود که این افراد با عصبانیت به رویدادهایی که برای اکثر مردم استرس‌آمیز نیست واکنش نشان دهند.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که زنان مبتلا به فشارخون از میزان بالایی از نشخوارخشم برخوردارند. نشخوار خشم منجر به تجربه هیجانات منفی می‌شود و افزایش مدت زمان هیجانات منفی و به طور همزمان برانگیختگی سیستم عصبی سمپاتیک (کلوسا لئون، ۲۰۱۰) ممکن است منجر به افزایش اضطراب، اختلالات مختلف و در نتیجه فشارخون گردد.

افرادی که تمایل به نشخوار در مورد دارند، رویدادهای خشم‌برانگیز ممکن است آنان را در معرض خطر بیشتری برای آسیب اندام‌ها به عنوان یک نتیجه از افزایش فشارخون مداوم، قرار دهد (گرین و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین یکی از عوامل آسیب‌پذیری بالقوه ایجاد خشم، تحمل آشفتگی پایین است که با خشم روزانه بیشتری مرتبط است

می‌شود که تحقیقات آینده، با جامعه‌ای وسیع‌تر و روش نمونه‌گیری دقیق‌تر صورت گیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مسئولین محترم مراکز بهداشت و بیمارستان شهرستان الشتر و همچنین بیماران عزیزی که در این پژوهش همکاری کردند نهایت تشکر و قدرانی را داریم.



منابع

- Bach, M., Bach, D., Zwaan, M., Serim, M., & Bohmer, F. (1996). Validation of the German version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in normal persons and psychiatric patients. *Journal of Psychother Psychosom Med Psychol*, 46, 23-8.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale- II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 33-40.
- Baiardini, I., Abbà, S., Ballauri, M., Vuillermoz, G., & Braido, F. (2011). Alexithymia and chronic diseases: the state of the art. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33(1), 47-52.
- Besharat, M. A., & Pourbohloul, S. (2012). Mediation effect of anger rumination on the relationship between dimensions of anger and anger control with mental health. *International Journal of Psychological Research*, 5(2), 8-17.
- Brandt, C. P., Zvolensky, M. J., & Bonn-Miller, M. (2013). Distress tolerance, emotion dysregulation, and anxiety and depressive symptoms among HIV+ individuals. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 37(3), 446-455.
- Burk, V., Beilin, L. J., German, R., Grosskop, F. S., Ritchie, J., Puddey, I. B., & Rogers, P. (1998). Association of lifestyle and personality characteristics with blood pressure and hypertension: A cross-sectional study in the elderly. *Journal of Psychosomatic Research*, 45, 139-148.
- Bushman, B. J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame? Catharsis, rumination, distraction, anger and aggressive responding. *Journal of Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 724-731.

- بشارت، م.ع. (۱۳۸۷). رابطه نارسایی هیجانی با اضطراب، افسردگی، درماندگی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی. *مجله روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، سال سوم، شماره ۱۰، ۲۴-۴۶.
- بشارت، م.ع؛ حسینی، س.ا. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوارخشم و پرخاشگری در ورزشکاران رشته‌های منتخب ملی. *مجله رشد و یادگیری حرکتی*، شماره ۶، ۴۲-۶۲.
- بشارت، م.ع؛ محمدمهر، ر. (۱۳۸۸). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نشخوارخشم. *مجله پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی*، سال نوزدهم، شماره ۶۵، ۴۳-۳۶.
- دلاور، ع. (۱۳۹۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران، انتشارات رشد.
- عزیزی، ع؛ میرزایی، آ؛ شمس، ج. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله حکیم*، دوره سیزدهم، شماره ۱، ۱۱-۱۸.
- عیسی‌زادگان، ع؛ سیخی، س؛ بشرپور، س. (۱۳۹۰). رابطه الکسی تیمیا و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی. *مجله پزشکی ارومیه*، دوره بیست و دوم، شماره ۶، ۵۳۸-۵۳۰.

References

- Alexander F. Emotional factors in essential hypertension. *Psychosom Med*. 1939;1:175° 179.
- Azizi, A. R. (2010). Reliability and validity of the persian version of distress tolerance scale. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5, 154-158.

- Gerin, W., Davidson, K. W., Christenfeld, N. J. S., Goyal, T., & Schwartz, J. E. (2006). The role of angry rumination and distraction in blood pressure recovery from emotional arousal. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 68(1), 64-72.
- Goldstein IB, Shapiro D. Ambulatory blood Pressure in women: family history of hypertension and personality. *Psychology, Health and Medicine* 2007; 5: 227-40.
- Grabe, H. J., Schwahn, C., Barnow, S., Spitzer, C., John, U., Freyberger, H. J., Schminke, U., Felix, S., & Völzke, H. (2010). Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 139° 147.
- Grynberg, D., Chang, B., Corneille, O., Muraige, P., Vermeulen, N., Berthoz, S., & et al. (2012). Alexithymia and the processing of emotional facial expressions (EFEs): systematic review, unanswered questions and further perspectives. *Journal of PLoS One*, 7.
- Harburg, E., Gleiberman, L., Russel, M. & Cooper, M. L. (1991). Anger-coping styles and blood pressure in Black and White males: Buffalo, New York. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 53, 153-164.
- Hawkins, K. A., Macatee, R. J., Guthrie, W., & Cogle, J. R. (2013). Concurrent and Prospective Relations Between Distress Tolerance, Life Stressors, and Anger. *Journal of Cogn Ther Res*, 37, 434° 445.
- Jula, A., Salminen, J. K., & Saarijarvi, S. (1999). Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Journal of Hypertension*, 33, 1057° 61.
- Kojima, M., Senda, Y., Nagaya, T., Tokudome, S., & Furukawa, T. A. (2003). Alexithymia, depression and social support among Japanese workers. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 307-14.
- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Julkunen, J., & Salonen, J. T.
- Celikel, F. C., & Saatcioglu, O. (2007). Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients. *Journal of Annals of General Psychiatry*, 5(13), 1-15.
- Closa Leon, T., Nouwen, A., Sheffield, D., Jaumdally, D., & Gregory, Y. H. (2010). Anger rumination, social support, and cardiac symptoms in patients undergoing angiography. *British Journal of Health Psychology*, 00, 1° 18.
- Cogle, J. R., Timpano, K. R., Fitch, K. E., & Hawkins, K. A. (2011). Distress tolerance and obsessions: An integrative analysis. *Journal of Depression and Anxiety*, 28, 906° 914.
- Denson, T. F. (2008). *Angry Rumination and the Self-Regulation of Aggression*, University of New South Wales.
- Dubey, A., & Pandey, R. (2013). Mental health problems in alexithymia: Role of positive and negative emotional experiences. *Journal of Projective Psychology and Mental Health*, 20, 128-136.
- Erem, C. (2008). Prevalence of pre-hypertension and hypertension and associated risk factor among Turkish adults: Trabzon hypertension study. *Journal of Public Health*, 31(1), 47- 58.
- Evren, C., Cagil, D., Ulku, M., Ozcetinkaya, S., Gokalp, P., Cetin, T., & Yigiter, S. (2012). Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent in patients. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 53, 860° 867.
- Fasihi, R., Hassanzadeh, R., & Mahmoudi, G. (2013). Correlation between attachment style, alexithymia and resiliency in university students. *International Journal of Basic Sciences & Applied Research*, 2 (10), 898-902.
- Fogley, R., Warman, D., & Lysaker, P. H. (2014). Alexithymia in schizophrenia: Associations with neurocognition and emotional distress. *Journal of Psychiatry Research*, 218 (1-2), 1-6.

strategies for the assessment of distress intolerance. *Journal of Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 745-749.

- McHugh, R. K., Reynolds, E. K., Leyro, T. M., & Otto, M. W. (2013). An examination of the association of distress intolerance and emotion regulation with avoidance. *Cognitive Journal of Therapy and Research*, 37, 363-367.

- Mojon-Azzi, S., & Sousa-Poza, A. (2011). Hypertension and life satisfaction: An analysis using data from the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Journal of Applied Economics Letters*, 18(2).

- Muller, J., Alpers, G. W., & Reim, N. (2010). Abnormal attentional bias in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(6), 617.

- Nazrul, M. H., Nazrul, M. I., Mondal, S.Y., & Rocky, K. M. (2013). Determinants of Blood Pressure Control in Hypertensive Diabetic Patients in Rajshahi District of Bangladesh. *Journal of Bioengineering & Biomedical Sciences*, 3 (1), 1-5.

- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 28° 38.

- Porcelli, P., Tulipani, C., Maiello, E., Cilenti, G., & Todarello, O. (2007). Alexithymia, coping, and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. *Journal of Psychooncology*, 16, 644-50.

- Sabourin, B. A. (2013). Can distress tolerance predict chronic worry? Investigating the relationships among worry, distress tolerance, cognitive avoidance, psychological flexibility, difficulties in emotion regulation, and anxiety sensitivity. Thesis MA Submitted to the Department of Psychology Eastern Michigan University.

(1996). Alexithymia and risk of death in middle-aged men. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 541-549.

- Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: A brief review of epidemiological studies. *Journal of BioPsychoSocial Medicine*, 6 (21).

- Konrath, S., Grynberg, D., Corneille, O., Hammig, S., & Luminet, O. (2011). On the social cost of interdependence: Alexithymia is enhanced among socially interdependent people. *Journal of Personality and Individual Differences*, 50, 135-141.

- Krystal H. *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 1988.

- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Journal of Psychological Bulletin*, 136, 576-600.

- Lumley, M.A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 230-46.

- Maria, O., & Chuwemeka, O. (2015). The contribution of alexithymia, body mass index, age and gender to essential hypertension in South East Nigeria. *International Journal of English Language, Literature and Humanities*, 2, 538-557.

- Mason, P. J., Manson, J. E., Sesso, H. D., Albert, C. M., Chown, M. J., Cook, N. R., Greenland, P., Ridker, P. M., & Glynn, R. J. (2004). Blood pressure and risk of secondary cardiovascular events in women: the Women's Antioxidant Cardiovascular Study (WACS). *Journal of Circulation*, 109(13), 1623-1629.

- McHugh, R. K., & Otto, M. W. (2011). Domain-general and domain-specific

- In Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A., eds. Disorders of Affect Regulation in Alexithymia Medical and Psychiatric Illness Cambridge: Cambridge University Press, 26-45.
- Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 987° 94.
- Tulipani, C., Morelli, F., Spedicato, M. R., Maiello, E., Todarello, O., & Porcelli, P. (2010). Alexithymia and cancer pain: The effect of psychological intervention. *Journal of Psychotherapy Psychosomatics*, 79(3), 156-63.
- Watkins, E. (2004). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Journal of Personality and Individual Differences*, 37, 679-694.
- Zakiei, A., Karami, J., Alikhani, M., Ghasemi, S. R., & Rajabi, N. (2013). The relationship between alexithymia, irrational beliefs, positive and negative emotions with mental disorders. *Hormozgan Medical Journal*, 7(5), 435-446.
- Schwahn, C., Barnow, S., Spitzer, C., & John, U. (2010). Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 139° 147.
- Simons, J.S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Journal of Motivation Emotion*, 29, 83-102.
- Steele MS, McGarvey ST. Anger Expression, age, and blood pressure in modernizing Samoan adults. *Psychosom Med* 1997; 159: 632-37.
- Spielberger CD. State-Trait Anger Expression Inventory -2. Odessa, Fl: Psychological Assessment Resource Inc. 1999.
- Sukhodolsky, D. G., Golub, A., & Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Journal of Personality and Individual Differences*, 31(5), 689° 700.
- Taylor G. J. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134-42.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). Affect dysregulation and alexithymia.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی